

Universidad de Medellín

Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolítica e risco em saúde*

Paulo Sergio Rodrigues de Paula**
Mara Coelho de Souza Lago***

Recebido: 7 de agosto 2012

Aprovado: 2 de outubro 2012

RESUMO

Neste trabalho buscaremos problematizar questões pertinentes a epidemia da AIDS, perpassando por discussões sobre a peste gay como metáfora, o sexo seguro e o preservativo como um dispositivo biopolítico, a deshomossexualização da epidemia, risco em saúde, finalizando com o barebacking sex. Essas discussões se tornam pertinentes, principalmente num momento em que a questões como riscos, controle e medicalização da saúde se constituem como temas importantes da atualidade e o histórico da epidemia da AIDS podem contribuir significativamente para o fomento de tais reflexões. Acreditamos que apesar de existirem “estilos de vida escolhidos, eleições e condutas individuais pertencente ao âmbito do privado” que constituem dados

a serem explicitados quando se fala em etiologia social das doenças e a da normatização das condutas e dos estilos de vida fazerem parte do próprio nascimento da medicina social; a existência das fronteiras do público e do privado, que convertem as políticas de saúde pública em intervenções coercitivas, sobre a vida privada de sujeitos considerados promíscuos, alienados, ou simplesmente irresponsáveis, devem ser repensadas, pois existem condições de vida que são impostas e não escolhidas e as características que configuram essa imposição, devem ser consideradas quando se faz uma programação de políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: AIDS; barebacking sex; biopolítica; risco; saúde pública.

* O texto é o resultado da pesquisa e do livro: Barebacking sex: a roleta russa da AIDS? Sexualidade, sexo e risco na mídia impressa e na Internet (2010).

** Doutorando em Ciências Humanas na linha de pesquisa Condição Humanas na Modernidade, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) / Brasil; Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) / Brasil; Especialista em Sexualidade Humana pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) / Brasil; Graduado em Psicologia (Formação de Psicólogo, Licenciatura, Bacharel) pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) / Brasil; Equivalência em Psicologia pela Universidade de Coimbra (UC) / Portugal. Pesquisador junto ao Núcleo MARGENS: Modos de vida, família e relações de gênero e Núcleo de Estudos em Filosofia e História das Ciências da Saúde, ambos na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atua como editor assistente da Revista Cadernos Interdisciplinar em Ciências Humanas (DICH/UFSC). Autor da obra Barebacking sex: a roleta russa da AIDS? Sexualidade, sexo e risco na mídia impressa e na Internet (2010, Editora Multifoco) e organizador da obra De fato e de ficção. Pedofilia no cinema: diferentes olhares? (2012, Editora Multifoco). Correo electrónico: sergiorodrigues@gmail.com

*** Doutorando em Psicologia da Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) / Brasil; mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) / Brasil; graduação em

De la fiebre gay al sexo Barebacking: sida, biopolítica y el riesgo para la salud

RESUMEN

En el presente artículo buscaremos problematizar cuestiones pertinentes al virus del SIDA, entre ellas, la fiebre gay como metáfora, el sexo seguro y el preservativo como un instrumento biopolítico, la deshomosexualización de la epidemia, y riesgo para la salud, finalizando con el sexo barebacking. Estas discusiones se vuelven relevantes, principalmente en un momento en que las cuestiones como riesgos, control y medicalización de la salud se constituyen en temas importantes de la actualidad y la historia del virus del SIDA que pueden contribuir significativamente para el fomento de este tipo de reflexiones. Creemos que a pesar de que existen “estilos de vida, elecciones y conductas individuales que pertenecen al ámbito privado” que constituyen datos que han de ser explicados cuando se

habla de etiología social de las enfermedades y de la normalización de las conductas y de los estilos de vida, son parte del nacimiento de la propia medicina social; la existencia de las fronteras de lo público y de lo privado, que convierten las políticas de salud pública en intervenciones coercitivas, sobre la vida privada de sujetos considerados promiscuos, alienados, o simplemente irresponsables, deberían reconsiderarse, porque existen condiciones de vida que son impuestas y no seleccionadas y las características que configuran esa imposición deben ser consideradas cuando se hace una programación de políticas públicas de salud.

Palabras clave: SIDA, sexo barebacking; riesgo biopolítica; riesgo, salud pública.

Pedagogia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) /Brasil. É Professora Titular aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina, pela qual recebeu o título de Professora Emérita, e onde segue atuando como professora voluntária, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGP e Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas – PPGICH. Têm experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, atuando principalmente nos temas gênero, gerações, subjetividades, modos de vida, com enfoque interdisciplinar. Participa da coordenação do Instituto de Estudos de Gênero - IEG/UFSC e da coordenação editorial da Revista Estudos Feministas (REF). Autora de Modos de Vida e Identidade: sujeitos no processo de urbanização da Ilha de Santa Catarina (Editora da UFSC, 1996), participou da organização de diversas obras com outras/os pesquisadoras/res, como Falas de Gênero: teorias, análises e leituras, (Editora Mulheres, 1999), Interdisciplinaridade em diálogos de gênero: teorias, sexualidades, religiões (Editora Mulheres, 2004), Gênero e pesquisa em Psicologia Social (Casa do Psicólogo Editora, 2008), Atendimento a homens autores de violência contra mulheres: experiências latino americanas (NUPPE, 2010), Estudos In(ter) disciplinados: gênero, feminismo e sexualidade (Editora Mulheres, 2010) Sexualidades, gênero, subjetividades: experiências, diversidades (Casa do Psicólogo Editora, 2012). Correo electrónico: maralago7@gmail.com

Introdução

A humanidade ao longo da história vem sendo assolada por várias doenças: peste negra, gripe espanhola, câncer, sífilis, gripe suína e, desde o final da década de 70 do século XX, a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Provocado pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) a AIDS torna o sujeito vulnerável a uma série de outras patologias. Com grande impacto no âmbito social, econômico e político, tem feito milhares de vítimas em todo mundo.

Nas últimas décadas muito dinheiro tem sido investido em campanhas midiáticas de prevenção e em disponibilização de insumos, capacitação de recursos humanos, medicamentos, pesquisas de novas drogas e vacinas, financiamento de projetos dos mais diversos, congressos mundiais, etc.

Sendo as relações sexuais a principal forma de infecção da doença, em mais de 30 anos de epidemia o uso de preservativo em todas as relações sexuais e o uso de seringas descartáveis para *usuários de drogas injetáveis* (UDI), tornaram-se imperativos na prevenção, sendo *lugar comum* em todas as campanhas de prevenção, assim como nos discursos da população e dos profissionais envolvidos neste grande problema de vigilância epidemiológica e da saúde pública no mundo.

Inicialmente associada a uma peste gay, pois as primeiras vítimas diagnosticadas eram indivíduos homossexuais, este *status* perdeu a validade quando se constatou a presença do vírus em pessoas de outras orientações sexuais. Mais do que uma simples doença, a AIDS pode ser considerada um fenômeno social que ocupa o posto da doença mais estigmatizada da sociedade, superando a sífilis. Apesar dos avanços da medicina e do sucesso dos tratamentos, ainda não tem cura.

No Brasil, desde 1980 até os dias atuais tem-se verificado maior incidência de casos em sujeitos do sexo masculino na faixa etária dos 30 a 49 anos, notando-se também um aumento das taxas de incidência na faixa etária dos maiores de 50 anos, tanto entre homens como entre as mulheres, observando-se crescimento proporcional da subcategoria de exposição entre heterossexuais, a estabilização entre homo/bissexuais e a redução entre UDI.

Entretanto, pesquisa realizada sobre atitudes e práticas da população brasileira (PCAP-BR) ¹ indicou que a taxa de incidência da infecção entre homens

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico- AIDS e DST. Pesquisa de Conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

que fazem sexo com homens (HSH)² no Brasil é 11 vezes maior, se comparada à população em geral. Ou seja, apesar do crescimento do número de casos de infecção relacionados à transmissão heterossexual, observa-se uma probabilidade maior de transmissão do HIV por meio de relações sexuais entre homens. Além disso, resultados de várias pesquisas apontam para uma diminuição significativa do uso do preservativo e mais recentemente, o surgimento de comportamentos denominados de *barebacking sex* tem colocado em cheque a toda a tradição discursiva sobre a prevenção no Brasil. *Barebacking* é um termo de origem inglesa que denomina um estilo de montaria de cavalo onde o *cowboy* não usa sela, e o termo tem sido utilizado para designar a prática sexual anal desprotegida, ou seja, sem o uso do preservativo, principalmente entre indivíduos homossexuais.

Este é considerado um tema polêmico da atualidade, principalmente por se configurar aparentemente como uma prática voluntária e consensual onde o sujeito, a despeito das informações básicas acerca da infecção pelo HIV, opta por praticar sexo sem preservativo (De Paula, 2010). Isso implica dizer que apesar dos investimentos e das intervenções empreendidas por profissionais de saúde, órgãos governamentais, organizações não governamentais (ONG), militantes gays, etc., para que a prevenção seja efetivamente adotada por todos os segmentos da população, essas práticas mostram que as abordagens preventivas obtêm resultados apenas parciais, e que algo lhes escapa.

Neste trabalho buscamos problematizar questões cronológicas e sociais pertinentes à epidemia, perpassando discussões sobre a AIDS como metáfora da peste gay, a situação do movimento homossexual brasileiro no surgimento da epidemia, deshomossexulização da epidemia, vulnerabilidade, prevenção e *barebacking sex*, finalizando com a problematização do risco na área da saúde e suas implicações neste contexto. Foram fundamentais para a realização deste trabalho, escritos e conceitos de Michel Foucault, em especial sobre biopolítica e o deslocamento da disciplina para o campo do governo das populações, em que os discursos e os saberes médicos, através da disseminação do conhecimento, possuem funções reguladoras da sociedade e abarcam direta e indiretamente todos os outros conceitos que permeiam este trabalho, como dispositivo da sexualidade, normas, vigilância, disciplina. Num momento em que riscos, controle e medicalização da vida se constituem como temáticas importantes e atuais o histórico da epidemia da AIDS pode contribuir significativamente para o fomento de tais reflexões.

² Para a estimativa de incidência de AIDS em homossexuais masculinos foi considerada a proporção de HSH por região do estudo PCAP-BR de 2004 e estimativas populacionais do IBGE. A incidência de HIV/AIDS na população de HSH foi de 226 indivíduos para um grupo de 100.000 pessoas. No mesmo período, a taxa de incidência para a população em geral foi de 19,5 casos por 100.000 habitantes.

A peste gay como metáfora e o movimento homossexual no Brasil

Para Susan Sontag (1984, 1989), de tempos em tempos surgem na humanidade doenças que podem ser caracterizadas como metáforas. Desse modo, apesar de ainda não ter sido descoberta a cura para o câncer, a AIDS surgiu com o poder de ameaçar a sociedade científica e tecnológica, num momento em que o patamar da ciência estava tão elevado que não se acreditava existir mais nada que pudesse derrotá-la ou colocá-la em xeque.

Como a ciência, num primeiro momento, relacionou os sintomas às práticas homossexuais, com o auxílio da imprensa rapidamente a epidemia passou a ser conhecida como peste gay, sendo forte até os dias atuais os discursos que responsabilizam os homossexuais pela disseminação do HIV.

A partir do momento em que a ciência foi capaz de identificar anticorpos de HIV no organismo das pessoas, estabeleceu-se a maior parte dos preconceitos relacionados à epidemia de AIDS, sua marcação como uma doença moral. Desse modo, através do discurso médico caracterizado por um saber que se impõe como verdadeiro, surgiu a denominação de grupo de risco³, ou seja, o vírus acomete apenas pessoas de determinado grupo, com determinados tipos de comportamentos considerados marginais (Soares, 1999).

No final dos anos 70, o sexo anônimo, com muitos parceiros, era facilmente disponível em lugares de sociabilidade gay, como saunas, bares e cinemas pornográficos. Nas palavras de Susan Sontag (1989), “as instituições da vida homossexual urbana se transformaram num sistema de entregas sexuais de velocidade, eficácia e volume sem precedentes” (Idem, 1989, p. 76). Metaforicamente, a autora diz que a AIDS ocupou, então, a mesma posição da sífilis há séculos atrás, uma vez que ambas são doenças que desencadearam campanhas de castidade sexual e recuo na liberalização das atitudes sexuais.

Conforme Sontag (1989) é possível ainda traçar outros paralelos entre a sífilis e a AIDS: as duas são causadas por um microorganismo, e embora sejam transmitidas pelo contato sexual e por vias não sexuais, a percepção social recai sobre a transmissão sexual, gerando culpa e reprovação: ambas são interpretadas como violação das leis da natureza, com influências de classe, raça/etnia, opção/orientação sexual. Porém, comparar a epidemia de AIDS com outras epidemias não foi a intenção de Susan Sontag. Para ela, fazer comparações da AIDS a metáforas de epidemias anteriores é um exercício que deve ser feito para nos tornar capazes de perceber os campos discursivos que a modelam. As metáforas são utilizadas para determinar, não controles epidemiológicos, mas sim, controles discursivos.

³ Eram incluídas neste grupo: homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis.

Para Marcelo Secron Bessa (1997), fazer analogias e metáforas da AIDS com outras epidemias impede a percepção de sua singularidade, e “faz com que um modelo extremamente preconceituoso e perigoso seja encorajado, pois as metáforas – principalmente as da peste- não são acidentais, elas incorporam um tipo particular de operação ideológica” (Bessa, 1997, p. 20).

De acordo com Eliane Showalter (1993), enquanto metáfora, a AIDS difere bastante da sífilis, sobretudo pelas transformações ocorridas nos últimos cem anos:

Em primeiro lugar e de maior importância, a sífilis era um mal do anonimato, que se mantinha em segredo de família [...] tinha uma identidade, mas não tinha uma voz (...). Já a AIDS se tornou parte da identidade e da história coletiva dos homens gays (...) não pode ser compreendida isolada nem da cultura gay do final do século XX nem da homofobia que sempre visualizou o homossexualismo como uma doença (Showalter, 1993, p. 249).

Nesse contexto, sendo a comunidade gay o grupo inicialmente mais afetado pelo vírus, rapidamente gerou-se uma política de ativismo, com a criação de grupos, comitês e ONGs que se mobilizaram em torno de questões relacionadas à prevenção, testes sorológicos, diagnósticos e medicações, entre os homossexuais dos EUA.

Porém, no Brasil, a AIDS chegou num momento de abertura política, após 20 anos de ditadura, contexto este que favoreceu o surgimento de vários grupos ativistas que lutaram pelo direito de afirmação e identidade homossexual, e de periódicos gays, como o *Lampião de Esquina*, que veiculava idéias e impasses do movimento. Nas principais capitais do país, assim como no relato de Sontag sobre o mercado de sexo americano, eram abundantes lugares institucionalizados para encontros homossexuais, como bares, saunas, discotecas, fatores estes que tornavam a homossexualidade masculina mais visível e com diferentes formas de sociabilidade, que iam além do conhecido modelo da *bicha louca* (Mac Rae, 1990).

Cabe ressaltar que o movimento homossexual brasileiro sofreu e sofre grande influência norte americana, entretanto, ao contrário do hemisfério norte que possuía uma sub cultura gay organizada, visível e estruturada, no Brasil, o auge da popularização da epidemia como peste gay ocorreu num momento de mudanças políticas e sociais e com o movimento homossexual bastante enfraquecido. De acordo com Luis Mott (2002), na época do surgimento da epidemia as palavras de ordem do *Movimento Homossexual Brasileiro* (MHB) eram liberação e afirmação de identidade. Desse modo, algumas pessoas influentes e também alguns grupos, não aprovavam o envolvimento do movimento com a prevenção da AIDS, argumentando que o mesmo deveria ter como prioridades as conquistas legais contra a discriminação, assim como a luta pelo respeito à diversidade e

independência em face de estrutura governamental. Isso mostra que no Brasil, nem sempre os grupos de direitos e defesa de homossexuais dialogaram ou serviram como ponte para implantação de estratégias de enfrentamento da AIDS.

O autor também relata que na época ocorreu um “complô de silêncio”, evitando-se falar abertamente da AIDS, como uma estratégia para não aumentar o estigma contra os homossexuais. Também houve posicionamento contra a impropriedade do conceito “grupo de risco”, sendo que o próprio Mott confessa ter omitido estrategicamente a AIDS na comunidade homossexual em comunicação sobre “DST e homossexualidade” apresentada em 1982, no Congresso da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, em Campinas (Mott, 2002, p. 29).

Com o avanço da epidemia entre os gays, com a associação da homossexualidade com soro positividade para HIV e conseqüentemente, à morte, lançou-se sobre os homossexuais um olhar coletivo de condição patogênica, refletindo no que Herbert Daniel chamou de morte civil, na medida em que estilo de vida, cultura, comportamento sexual e suas peculiaridades de socialização, associaram-se a uma “mortalidade anunciada” (Daniel, 1994, p. 22).

Desse modo, convencidos de que o silêncio não solucionaria os problemas, os poucos grupos do MHB que sobreviveram, como o Grupo Gay da Bahia (GGB), o Dialogay, o GRAB (Grupo de Resistência Águia Branca), o Dignidade, a exemplo dos grupos americanos, passaram a adotar e “inventar estratégias para evitar o estigma da associação da AIDS a homossexualidade, e propor ações concretas e imediatas visando à prevenção e ao apoio dos portadores desta síndrome”, contribuindo para a formação de diversas organizações não governamentais de lutas contra a AIDS, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) fundada em 1986, no Rio de Janeiro (Mott, 2002, p. 30).

Segundo Francisco Xavier Ramos Pedrosa Filho (2004), ao romper o silêncio, o MHB introduziu e valorizou “elementos e métodos norteadores de uma política de resposta comunitária à epidemia, como o *sexo seguro*, as oficinas de sexo seguro, a educação entre pares e a solidariedade, possibilitando, a partir dessas ações e de seus reflexos sobre a comunidade homossexual, uma re-significação da epidemia (Pedrosa Filho, 2004, p. 104).

Deshomossexualização da AIDS e vulnerabilidade

Com o tempo, as estatísticas começaram a mostrar que a AIDS também infectava indivíduos ‘fora’ dos grupos de risco tradicionais, os estatutos de grupos de risco mudaram para *comportamentos de risco* ou *práticas de risco*, que embora avançassem em relação ao conceito anterior, retinham a problemática visão indi-

vidualista e culpabilizante em relação ao sujeito infectado pelo vírus. Atualmente todas as discussões sobre HIV/AIDS giram em torno do conceito de vulnerabilidade, em que se consideram vulneráveis “pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. De modo mais formal, podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses” (Macklin, 2003, p. 60).

O HIV deixou de ser uma infecção que afeta apenas homossexuais, atingindo qualquer pessoa, independente de orientação sexual, idade, gênero, etnia, religião, classe social. Assim sendo, discutir a relação de um indivíduo com AIDS implica falar de situação social e cultural, de status econômico, de crenças e valores, de auto-estima, projeto de vida, situação legal e jurídica do país em que vive este indivíduo, condições de acesso aos serviços de saúde, e muitos outros fatores. Nas palavras de José Ricardo Ayres

O desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade ao HIV/AIDS pode ser descrito, em linhas gerais, como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (Ayres, 1997, p. 03).

Desse modo, o aumento das leituras sobre a visão de vulnerabilidade e exclusão social como forças centrais no desenvolvimento da epidemia, possibilitaram a inclusão do politicamente correto no campo de trabalho. O que resultou em nova denominação dos homossexuais, como homens que fazem sexo com homens (HSH), aludindo à conduta homossexual e não à identidade sexual, incluindo diferentes tipos de HSH, com experiências distintas. Prostitutas e garotos de programa passaram a ser designados como profissionais do sexo (PS); pessoa vivendo com AIDS substituiu o termo aidético; soropositivo passou a designar a pessoa portadora do vírus, mas que não adoeceu; pessoas envolvidas em contextos de drogadição com uso de seringas passaram a ser identificados como usuários de drogas injetáveis (UDI).

No início da década de 90, com a feminilização e pauperização da epidemia, os homossexuais aparentemente deixaram de ser as principais vítimas. Richard Parker (1994), analisando esse redirecionamento em relação a AIDS pelo viés da sociedade e dos governos, diz

Do mesmo jeito que a imagem da AIDS como doença exclusiva dos gays permite que a sociedade negue sua responsabilidade diante da epidemia (supostamente a AIDS estaria atingindo uma população restrita, marginalizada e de menor importância em face da “população em geral”), a declaração de que a AIDS, hoje, tornou-se uma ameaça para os heterossexuais, produz semelhante efeito. Ironicamente, esse efeito não é o de reduzir o preconceito dirigido aos homossexuais, mas de atuar no sentido de desviar as atenções e a responsabilidade da sociedade e, em particular, das autoridades, perante a população homossexual (Parker, 1994, p. 52).

A esse processo, Parker (1994), denominou *deshomossexualização* da AIDS. Porém, ao contrário de ser algo positivo para os homossexuais, o autor considera essa deshomossexualização como

[...] uma nova versão do velho preconceito que perpetua a imagem da AIDS como praga gay no imaginário popular. Passa a ser outra maneira de assegurar que a mentalidade estabelecida continue a negar a questão das diversidades sexuais, em vez de encará-las de frente (Parker, 1994, p. 52).

Ainda segundo Parker (1994), a deshomossexualização da AIDS faz com que instituições, organizações e setores da sociedade ignorem os efeitos da epidemia na população homossexual masculina, dificultando ainda mais a situação de homossexuais soropositivos, que muitas vezes preferem se automedicar, a procurar postos de saúde onde profissionais homófobos submetem pacientes a situações constrangedoras.

Nas últimas décadas surgiram novos elementos que caracterizam a cultura e conseqüentemente a vida sexual da população, refletindo diretamente na questão da epidemia da AIDS: a disponibilidade de tratamento⁴; o aumento significativo da sobrevivência de pessoas soropositivas; a transformação da infecção em doença crônica e controlável, não mais letal; a popularização da *Internet*, com enorme quantidade de produtos e serviços sexuais, com possibilidades de interação em tempo real; a proliferação de novas drogas contra a disfunção sexual; a difusão de clubes de sexo, ressurgindo como novas versões das saunas para homossexuais dos anos 70 e 80, culminando com a já citada prática do *barebacking sex* (Cáceres, 2004).

Barebacking sex

Michael Shernoff (2005), no estudo "*The sociology of barebacking*", diz que a primeira vez que o termo *barebacking* apareceu com a definição de prática sexual anal sem uso do preservativo, foi em 1997, na revista *POZ Magazine*⁵, em um artigo de Stephen Gerdin, intitulado "*My Turn: Riding Bareback*", no qual o autor narrava à emoção de praticar sexo anal sem preservativos com outros homens HIV positivos.

Com a prática, surgiram novos termos e códigos a ela relacionados, como *Barebacking Parties*: festas de sexo onde não é permitido o uso do preservativo; *All Positive Barebacking Parties*: todos na festa são positivos; *All Negative Parties*: todos na festa são negativos; *Conversion Parties*: festa onde HIV negativos desejam se infectar com o vírus HIV e tornarem-se positivos; *Russian Roulette*

⁴ No Brasil, desde 1996, os remédios passaram a ser distribuídos gratuitamente a toda a população doente.

⁵ Revista Gay Americana destinada a soropositivos. No contexto americano POZ significa positivo, no caso, sorologia positiva para HIV.

Parties: festa mista, com sujeitos soropositivos e soronegativos, onde não se sabe quem é positivo ou negativo.

Paralelamente a estas diferentes festas, uma variedade de novos termos vinculados ao *barebacking sex* vêm sendo difundidos: *Bug chasers*: caçadores do vírus, homens dispostos a correr o risco de se infectarem com HIV; *The Gift*: o presente, o vírus HIV; *Bug brothers*: grupo de homens soropositivos; *Charged cum ou poz cum*: Sêmen de homem HIV positivo; *Fuck of death*: foda da morte (intercurso sexual onde ocorre a infecção pelo HIV) (Sowadsky, 1999).

Cabe destacar que é sabido que homens e mulheres, gays ou não, fazem sexo sem usar preservativos, caso contrário não teríamos novos números de soropositivos, em especial mulheres heterossexuais com parceiros estáveis. Shernoff (2005) chama atenção para esta questão, concluindo que os níveis de aprovação/desaprovação em relação ao *barebacking sex*, variam de acordo com o contexto onde é praticado e a população que o pratica:

If the individuals are married heterosexuals, there is little or no social disapproval for not using condoms during vaginal or anal intercourse. When the partners are unmarried but romantically involved heterosexuals, there's more social censure, but it is relatively mild. When unmarried heterosexuals who are not romantically involved, don't use a condom, there's more social censure and disapproval, even when the woman is employing other methods of birth control. The highest level of social disapproval for barebacking is when it occurs between gay mens, but the degree of censure varies greatly according to the situation (Shernoff, 2005, p. 33).

Além de o termo *barebacking sex* ser popularmente usado nos Estados Unidos da América para descrever sexo sem camisinha, ele também é empregado para designar a sub cultura de homens que freqüentam festas, clubes de sexo, saunas, *dark-rooms*, *web sites*, que crescentemente adotam identidades focadas na emoção de fazer sexo sem preservativo. Dentro dessa variedade de definições, pode-se caracterizar o *barebacking* como o envolvimento deliberado, voluntário e consciente, em práticas sexuais sem o uso do preservativo, entre homens homossexuais (mesmo a prática não sendo exclusiva de homossexuais).

Devido à relação direta com o risco de contrair o vírus HIV, que no imaginário popular está diretamente relacionado à morte, uma vez que ainda não se encontrou a cura para a AIDS, o *barebacking* praticado por homens homossexuais é controverso dentro e fora da comunidade homossexual. No Brasil, o assunto apareceu no final dos anos 90, com grande repercussão midiática. Alguns condenam o *barebacking* e *barebackers* porque acreditam que a prática tem causado infecção entre jovens e sua divulgação traz uma publicidade negativa para a comunidade homossexual, outros condenam por acharem seus praticantes promíscuos e irresponsáveis.

Entretanto, para Rofes (1999), o fato de homens gays relatarem que praticam sexo anal desprotegido, somente poderá ser considerado um problema se for mantido o mesmo pensamento da década de 80, em que se dizia que homens gays bons usavam preservativos em todas as relações sexuais. Em sua concepção, não é porque mais homossexuais estão relatando que fazem sexo desprotegido ou porque alguns gays soropositivos estão mantendo relações sexuais com outros, que isso significará um aumento alarmante na transmissão do vírus. Apesar das polêmicas e das controvérsias, a prática sexual *bareback* tem se tornado assunto de interesse da mídia e também de pesquisadores acadêmicos.

Do ponto de vista acadêmico, pesquisas brasileiras possuem como temas comuns: homossexuais como sujeitos de pesquisa, alto risco de infecção pelo HIV, *Internet*, prevenção. O sujeito praticante de *bareback* é visto como alguém que possui algum tipo de patologia psíquica e a tendência é apontar a prática como um problema de saúde pública; *Internet*: é vista como espaço privilegiado para a difusão e disseminação da prática, levando pesquisadores a utilizar este veículo como instrumento para busca de documentos ou como espaço de interação (chat) para encontrar potenciais sujeitos, na realização de entrevistas sobre o tema; *prevenção*: não se questionam as estratégias de prevenção em vigor até o momento, mesmo que estas estejam se mostrando ineficazes, ou seja, as falhas na prevenção são apontadas como 'culpa', responsabilidade do sujeito e não ineficiência das estratégias de prevenção.

A questão da saúde pública tem-se tornado cada vez mais um importante eixo articulador entre Estado e população, assim sendo, pesquisas sobre *barebacking sex*, no Brasil são pautadas pelo discurso prevencionista, respaldadas pelo conhecimento epidemiológico moderno, cujo objetivo principal é não apenas controlar a transmissão de doenças infecciosas, mas também centrar a responsabilidade nos sujeitos que adoecem⁶.

Biopolítica e sexo seguro

Segundo Michel Foucault (1997), por muito tempo, uma das principais características do poder do soberano teria sido o direito sobre a vida e morte de seus súditos, provavelmente derivado da *patria potestas* romana, em que o pai de família tinha o direito de retirar a vida de filhos e escravos, caso lhe conviesse. No caso do soberano, esse poder era admitido quando sua existência estava exposta, com ameaça de inimigos externos, e os súditos deveriam tomar parte

⁶ Sergio Arouca (2003) conceitua preventivismo como "o conjunto de noções e técnicas visando o conhecimento e manipulação dos processos sociais e psico-sociais do comportamento humano que dizem respeito à implantação de padrões racionais de saúde", sendo que alguns autores definem a medicina preventiva "como aquelas atividades relativas à prevenção das doenças e à proteção e promoção da saúde que são de direta responsabilidade do indivíduo" (AROUCA, 2003, p. 35). Este assunto melhor discutido no tópico Saúde, Risco e Medicalização presente neste ensaio.

na defesa do estado, exercendo assim o soberano sobre eles, “um direito indireto de vida” sem propor “diretamente a sua morte”. Porém, o poder direto sobre a vida dos súditos era permitido, caso houvesse falta de cumprimento das leis. Nesse tipo histórico de sociedade, o poder se exercia principalmente através do confisco, sendo possível desde a apropriação de riquezas, extorsão de produtos, de bens, de serviços, de trabalho, até a própria vida (Foucault, 1997, p. 128).

Entretanto, a partir da Época Clássica, ocorreram grandes transformações nos mecanismos de poder. O confisco deixou de ser a mais importante expressão de poder soberano para ser “somente uma peça, entre outras com funções de incitação, de reforço, de controle, de vigilância, de majoração e de organização das forças que lhe são submetidas” e o direito sobre a morte se apoiou nas “exigências de um poder que gere a vida” (Foucault, 1997, p. 128). Para Foucault este deslocamento fez com que guerras fossem travadas em nome da vida, uma vez que foram “como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras, causando a morte de tantos homens” (Foucault, 1997, p. 129).

Nesse contexto, os que morrem no cadafalso são cada vez mais raros, ao contrário dos que morrem na guerra, ou seja, a partir do momento em que o propósito do governo é gerir a vida, a pena de morte já não pode ser mantida como resposta a quem desafia o poder do soberano. Sua aplicação tornou-se cada vez mais difícil, justificando-se apenas executá-la junto “àqueles que constituem uma espécie de perigo biológico para os outros”, pois “como um poder viria a exercer suas mais altas prerrogativas e causar a morte se seu papel mais importante é o de garantir, sustentar, reforçar, multiplicar a vida e pô-la em ordem?” (Foucault, 1997, pp. 129-130).

Teria ocorrido uma desqualificação da morte, uma vez que o direito de causar a morte ou deixar viver, foi substituído pelo poder de causar a vida ou devolver à morte

Agora é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação: a morte é o limite, o momento que lhe escapa: ela se torna o ponto mais secreto da existência, o mais ‘privado’. Não deve surpreender que o suicídio - outrora crime, pois era um modo de usurpar o direito de morte que somente os soberanos (...) tinham o direito de exercer - tenha se tornado, no decorrer do século XIX, uma das primeiras condutas que entraram no campo da análise sociológica; ele fazia aparecer, nas fronteiras e nos interstícios do poder exercido sobre a vida, o direito individual e privado de morrer (Foucault, 1997, p. 130).

Esse poder sobre a vida teria se desenvolvido a partir do século XVII, constituído por dois pólos: o primeiro pólo centrou-se no corpo como máquina visando adestramento, ampliação de aptidões, extorsão de forças, crescimento de utilidade e docilidade, asseguradas por procedimentos da anátomo-política do corpo humano; o segundo pólo, formado em meados do século XVIII, centrou-

se no corpo espécie, no corpo vivo como suporte de processos biológicos como nascimento, morte, saúde, longevidade, sendo todos esses processos assumidos mediante controles reguladores, ou seja, mediante uma biopolítica da população (Foucault, 1997, p. 131).

Desse modo, através da disciplinarização dos corpos e da regulação das populações, desenvolveu-se a organização do poder sobre a vida, fazendo com que a morte, antes símbolo máximo do poder soberano, fosse “recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” ocorrendo rapidamente o surgimento de numerosas e diversas técnicas para se obter a “sujeição dos corpos e o controle das populações”, surgindo assim, o biopoder.

Para Foucault “a entrada da vida na história” foi o maior fenômeno ligado ao desenvolvimento do capitalismo. Entretanto, isso não quer dizer que um primeiro contato da vida com a história tenha se produzido neste momento, mas sim que o desenvolvimento econômico e o aumento da produtividade agrícola no século XVII, aliados ao desenvolvimento dos conhecimentos sobre a vida, de medidas que visavam à sobrevivência dos homens, permitiu um relativo domínio sobre a vida e, conseqüentemente, um afrouxamento das ameaças de morte, ou seja:

Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete o político; o fato de viver não é mais este sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai em parte, no campo de controle do saber e de intervenção de poder. Este não estará mais somente às voltas com sujeitos de direito sobre os quais o último acesso é a morte, porém com seres vivos, e o império que poderá exercer sobre eles deverá situar-se no nível da própria vida; é o fato do poder encarregar-se da vida, mais do que ameaça de morte, que lhe dá acesso ao corpo (Foucault, 1997, p. 134).

Desse modo, têm-se a ruptura produzida no discurso científico, uma vez que o homem “em sua especificidade de ser vivo e em relação aos outros seres vivos” necessitou buscar um “novo modo de relação entre a história e vida”, resultando em sociedades reguladoras e normalizadoras que buscam através de constituições e códigos, tornar aceitável um poder normalizador, efeito histórico de tecnologias de poder centradas na vida (Foucault, 1997b, p. 135).

Depois de ter poder sobre o individuo, o poder também é exercido sobre um grupo, sendo esta tecnologia chamada de “biopolítica da espécie humana”, aplicada, no final do século XVIII, nas endemias,

[...] doenças mais ou menos difíceis de extirpar, e que não são encaradas como as epidemias, a título de causa de morte mais freqüente, mas como fatores permanentes [...] de subtração de forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar (Foucault, 2005, pp. 290-291).

É da natalidade, da mortalidade, das incapacidades biológicas, dos efeitos do meio que se ocupa a biopolítica, e é daí que ela vai extrair seu saber e definir

o campo de intervenção do seu poder. A biopolítica trata justamente da “população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”, ou seja, a biopolítica entre outras coisas vai prover mecanismos de providência em torno de eventos aleatórios, que são inerentes a um grupo social, a uma população de seres vivos, e buscará aperfeiçoar um estado de vida, buscando estados globais de equilíbrio (Foucault, 2005, p. 293).

Fundamentados em Foucault, consideramos o sexo seguro como um dispositivo do campo de ação da biopolítica em relação a AIDS. De acordo com Lília Rossi (2002) o sexo seguro foi uma criação da comunidade homossexual estadunidense. Teve como objetivo divulgar um conjunto de cuidados e práticas sexuais que diminuíssem ou eliminassem os riscos de infecção pelo HIV. Com métodos e técnicas bem elaboradas, as oficinas de sexo seguro e o sexo seguro se espalharam pelo mundo, resultando assim, da organização política dos grupos homossexuais em respostas à epidemia de AIDS, que não apenas possibilitaram alternativas de prevenção entre homossexuais, como também foram adotados como políticas governamentais e comunitárias de combate à AIDS para todos os outros segmentos de orientação sexual.

Mas porque associar a aplicação de técnicas de biopoder às práticas (homo)sexuais? Segundo Foucault (2005), a sexualidade se tornou um campo cuja importância é estratégica e capital, porque é um comportamento corporal, que depende de um controle disciplinar, individual, em forma de vigilância permanente.

No Brasil, ao contrário dos EUA, a implantação de práticas de sexo seguro, ou seja, com uso do preservativo, não foi um processo que se deu de forma tranqüila, pois muitos acreditavam que a AIDS era uma invenção dos médicos contra a liberação sexual e até mesmo questionavam a transmissão sexual do HIV. Nestor Perlonguer (1987), em seu livro *“O que é AIDS?”*, considerou a AIDS um dispositivo de controle de corpos perversos, que transformaria os homossexuais em figuras assépticas, onde “o abraço médico vai pousar nos esfíncteres seu ponto de apoio” (Perlonguer, 1987, p. 75). O autor questiona, inclusive, o uso do preservativo

Pode-se perguntar se as dúvidas ainda imperantes a respeito da eficácia real das camisinhas e espermicidas não tendem a preservar como tributo a moral convencional, algum limiar de restrição. Seja como for, a introdução de uma fina película de látex ente os lascivos órgãos pode talvez adquirir, para além do terapêutico, algum valor simbólico - a maneira de uma inscrição que marcasse, no turbilhão dos fluxos, a presença transparente da lei (Perlongher, 1987, pp. 75-76).

Incidindo sobre os processos biológicos e orgânicos, sobre a população e sobre o corpo, a medicina, com sua propriedade de poder influir sobre o corpo e a população, terá efeitos disciplinares e efeitos reguladores. Para Foucault é a “norma”, empregada pelos agentes detentores do saber, que finalmente fará

a ponte entre um e outro mecanismo (disciplina e regulamentação), sendo que a medicina será responsável pelo surgimento da idéia de normalização, onde

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar (...) e a (...) sociedade de normalização não é, pois, uma sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado [...] é uma sociedade em que se cruzam (...) a norma da disciplina e a norma da regulamentação (Foucault, 2005, p. 302).

Nesse contexto, o discurso do sexo seguro na luta contra o HIV/ AIDS encontra um terreno propício para seu fortalecimento, pois no quesito prevenção, o uso do preservativo passa a representar a única maneira eficaz para evitar infecções e reduzir a transmissão do vírus, ou seja, vira uma norma que transforma a prática de sexo anal sem camisinha entre homossexuais num tabu. É importante ressaltar que antes da descoberta do HIV/AIDS não existia uma distinção entre sexo anal com ou sem preservativo.

Não se trata aqui de uma desqualificação do preservativo enquanto importante insumo de prevenção, mas sim da necessidade de se refletir acerca de outros fatores diretamente imbricados nesta questão.

Quando se fala em sexo sem preservativos entre casais heterossexuais, denomina-se sexo inseguro e quando se trata de homossexuais, além de se nomear como *barebacking*, acrescentam-se as questões criminais ou psicopatológicas. Qual a distinção entre sexo *barebacking* homo ou heterossexual?

Algumas pessoas possuem comportamentos sexuais baseados em considerações que julgam 'racionais', buscando 'reduzir danos' como, por exemplo: discutir o status sorológico com parceiros potenciais, as posições ativas e passivas durante sexo anal sem preservativos, etc. É possível se pensar em redução de danos em relação ao *barebacking sex*?

Nos últimos 30 anos mudaram as realidades em que se operam as práticas sexuais gays ou não, entretanto, por que existe dificuldade em se inventar modelos de saúde pública que não estejam pautados no terror, no pânico e na culpa, como ferramentas preliminares?

Para que ocorra a infecção pelo vírus HIV é necessário que um dos parceiros esteja infectado. Por que esse tipo de informação não é abordado nas campanhas de prevenção, prevalecendo o imperativo do sexo seguro via uso de preservativos, como única forma de prevenção possível?

A AIDS não tem cura, mas tem tratamentos cada vez mais sofisticados: não seria o momento de se questionar quais os reais interesses da indústria farmacêutica na manutenção e proliferação da epidemia? Porque se privilegiar medicamentos com terríveis efeitos colaterais, em detrimento da produção de uma vacina?

Estes questionamentos e a ausência de respostas a eles nos mostram que é chegada à hora de se refletir “sobre uma série de estratégias biopolíticas estarem transformando escolhas pessoais em dispositivos morais” (Bagrichevsky, 2007, p. 01), em que estudos epidemiológicos se multiplicam sobre a égide do comportamento de risco que, aliado ao conceito de estilo de vida, “sustenta o não questionamento a tal estado de coisas e intensifica uma quase imperceptível aversão a qualquer forma crítica à norma social vigente” (Bagrichevsky, p. 02).

Judith Butler (2008) considera que “se a homossexualidade é patológica desde o começo, então qualquer doença que os homossexuais possam contrair será desfavoravelmente associada à doença que eles já são” (Idem, 2008, p. 104), desse modo, segundo a autora, embora seja certo que o sexo não causa AIDS, existem regimes discursivos e institucionais que, ao atuarem como reguladores da sexualidade, acabam por puni-la e conduzir bem rapidamente à morte, uma vez que

[...] nas decisões políticas que administram os recursos científicos, tecnológicos e sociais para responder à epidemia de AIDS (...) as vidas a serem salvas estão insidiosamente diferenciadas das que se deixará morrer (Butler, 2008, p. 104).

Nesse sentido estas estratégias devem ser concebidas como a própria produção da sexualidade, considerando sexualidade

[...] o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (Foucault, 1997, p. 100).

Logo, esses discursos que buscam associar o *barebacking sex* à homossexualidade, se encaixam na categoria de pânico moral caracterizado por Richard Miskolci (2008) como

[...] fenômenos coletivos que surgem como evidencia de uma preocupação social profunda sobre temas como moralidade sexual, consumo de droga ou outras formas de comportamentos considerados ameaçadores para a sociedade em determinado momento (...) surgem em contextos históricos específicos e se espalham com o apoio da mídia, de órgão governamentais ou grupos organizados a partir do que consideram ser um perigo contra o qual se deve lutar. Logo, um caso isolado é alçado à condição de ameaça e se torna de interesse público pauta reportagens, livros, relatórios governamentais e ações efetivas para erradicá-la (Miskolci, 2008, pp. 231-232).

Diante do exposto, a potencialidade da homossexualidade presente nos discursos sobre AIDS e mais recentemente sobre *barebacking sex*, figura a imagem do sujeito homossexual instaurada a partir do século XVIII pelo dispositivo da sexualidade “mantendo-o dentro de um imaginário biopolítico da coletividade sob ameaça” (Miskolci, 2008, p. 137). Busca, a partir de análises de condutas e de biótipos, a sua patologização, categorizando assim as práticas homossexuais

e seus praticantes como anormais ou, dizendo de outra forma, instaurando uma homossexualização patológica do *barebacking sex*.

Saúde, risco e medicalização

Segundo Marcelo Porto (2007) para se definir ou adotar conceitos de risco à saúde é necessário que tenhamos uma compreensão ampliada de saúde, pois apenas um enfoque abrangente de saúde em seus aspectos sociais, permitirá

[...] ressignificar a relação entre homem e natureza para além da instrumentalização de um mundo natural visto em boa parte pela ciência e pela saúde pública, ora como uma fonte de recursos passiva e inesgotável, ora como um mundo selvagem repleto de riscos de doenças e mortes que precisa ser domesticado (Porto, 2007, p. 81).

Nesta visão ampliada, reconhecida pelo movimento sanitaria brasileiro na década de 80 e representada no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde deve ser capaz de conjugar as dimensões individuais e coletivas⁷:

A saúde é um conceito dinâmico, multidimensional, qualitativo e evolutivo, envolvendo potenciais de realização humana em suas esferas fisiológicas, psíquicas e espirituais. O conceito de saúde humana implica o entendimento dos processos e condições que propiciam aos seres humanos, em seus vários níveis de existência e organização (pessoal, familiar e comunitário), atingir certos objetivos, realizações ou ciclos virtuosos de vida embutidos na cultura e nos valores das sociedades e seus vários grupos sociais. A saúde possui, portanto, além das biomédicas, dimensões éticas, sociais e culturais irredutíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro da sociedade, dependendo de como os valores e interesses se relacionam nas estruturas de poder e distribuição de recursos existentes (Porto, 2007, p. 82).

Nesta perspectiva, o autor critica a clássica definição de saúde apregoada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”, uma vez que esta visão ignora as inúmeras fases de adaptações e transformações pela qual todo ser humano passa desde o parto até a morte, ignora situações e esforços de superação dos esforços em que a vulnerabilidade social representa medidas de variações contínuas para realização

⁷ “Realizada de 17 a 21 de março de 1986 em Brasília/DF a “VIII Conferência Nacional de Saúde teve a participação de mais de quatro mil pessoas, com representantes de quase todas as entidades públicas do setor saúde. Sua principal conquista foi a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária defendendo a criação de um sistema único de saúde que centralizasse as políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência social e, ao mesmo tempo, regionalizasse o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento. Por outro lado afirmava-se um conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos. Após o término da conferência foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com o objetivo explícito de analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, sugerindo opções para a nova estrutura organizacional do sistema; examinar os instrumentos de articulação entre os setores do governo que atuam na área de saúde e propor seu aperfeiçoamento; apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida.”. Fonte: Coleção VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/conferencia_nacional.htm>

dos ciclos da vida e “cuja origem encontra-se nas desigualdades, injustiças e discriminações presentes numa sociedade” (Porto, 2007, p. 82).

O autor acrescenta que apesar de existirem vários indicadores importantes referentes à saúde humana como, por exemplo, esperança de vida, longevidade, taxas de mortalidade infantil, acesso a serviços de saúde e saneamento, esses referenciais utilizados isoladamente não são capazes de traduzir a complexidade e contexto dos fenômenos que produzem

Apesar da importância das definições médicas operacionais de saúde, mais pautadas em indicadores de ‘disfunções’ como doenças e mortes, o conceito de saúde humana sempre será relacionado com os valores éticos e estéticos presentes na sociedade, com a forma como as pessoas vivenciam suas experiências frente aos transtornos, anseios e satisfações da vida. Tais valores, experiências e vivências não são facilmente operacionalizáveis nem quantificáveis, mas encontram-se no coração do conceito e fazem parte de expressões do senso comum essenciais à vida das pessoas, tais como integridade, dignidade, amparo e felicidade (Porto, 2007, p. 83).

Dada sua característica polissêmica, o autor considera difícil definir o conceito de risco, mas acredita que a contribuição do campo ambiental e da saúde pública tem possibilitado o desenvolvimento de um conceito mais abrangente para a compreensão dos riscos, de modo que

Em linhas gerais, o conceito de risco à saúde possui duas noções subjacentes. Uma é a existência de um perigo ou ameaça real para a saúde; outra é a chance desse perigo se efetivar. Essa compreensão é reconhecida nas ciências do risco através da fórmula em que o risco é operacionalmente definido como o produto de um perigo ou potencial de dano e a chance ou probabilidade de esse perigo se realizar no futuro (Porto, 2007, p. 96).

Assim sendo, a possibilidade de efetivação de um risco depende de três aspectos essenciais: a) a magnitude do perigo ou ameaça; b) a probabilidade de ocorrência; c) A extensão e vulnerabilidade das populações e territórios afetados. Para o autor a dimensão da vulnerabilidade é central na contextualização de um risco, além de seu significado político e das repercussões públicas referentes a essa dimensão.

Convergindo com essas reflexões, Sandra Caponi (2003) considera que diversas questões devem ser pensadas quando se tenta vincular saúde e sociedade, uma vez que existem condições de vida que são impostas e não escolhidas e as características que configuram essa imposição (alimentação deficiente, analfabetismo, condições sanitárias deficientes, etc.), devem ser consideradas, quando se faz uma programação de políticas públicas de saúde.

Para a autora, “estilos de vida escolhidos, eleições e condutas individuais pertencentes ao âmbito do privado” também constituem dados a serem explicitados quando se fala em etiologia social das doenças, pois a “normalização das condutas e dos estilos de vida fazem parte do próprio nascimento da medicina

social", em que desde o início, uma mistura entre as fronteiras do público e do privado, convertendo as políticas de saúde pública "em intervenções, muitas vezes coercitivas, sobre a vida privada de sujeitos considerados promíscuos, alienados, ou simplesmente irresponsáveis" (Caponi, 2003, p. 63).

Em relação à definição de saúde pela OMS, Caponi (2003) acredita que a maior dificuldade deste conceito não se deve ao seu caráter subjetivo, que se acredita inseparável do conceito de bem estar, mas sim o que pode significar este caráter em termos de legitimação de "estratégias de controle e de exclusão de tudo aquilo que consideramos como fora do normal, indesejado ou perigoso" (Caponi, 2003, p. 67). Isto porque ao se afirmar o 'bem estar' como um valor, tudo que o propicia automaticamente se inscreverá no espaço de normalidade e inevitavelmente desqualificará, "como um reverso patológico e doentio tudo aquilo que se apresente como perigoso; indesejado ou que simplesmente é considerado como um mal" (Caponi, 2003, p. 67).

Como conseqüências, ao se associar conceitos de moralidade e saúde, associam-se também os conceitos de patologia e anomalia, de modo que qualquer variação será considerada patológica. Desse modo, o discurso médico, ao falar de 'bem estar' sem a problematização desses conceitos, ocupa

[...] o lugar do discurso jurídico e tudo aquilo que consideramos perigoso torna-se objeto de uma intervenção que já não se baseia na pretensão de proteger a sociedade desses sujeitos indesejáveis, mas ao contrário, se baseia na certeza de que esta intervenção persegue um objetivo altruísta, seja o caso da recuperação das pessoas ou da prevenção dos riscos (Caponi, 2003, p. 68).

Luis David Castiel (2004) classifica a epidemiologia como um campo disciplinar cuja supremacia está em focar a atenção nos seus objetos de estudo através de critérios denominados de 'individualismo metodológico'. Nesta perspectiva, a tendência é buscar relações correspondentes entre os riscos de doenças e as características agregadas aos sujeitos, excluindo possíveis interações socio-culturais, sendo também uma tendência utilizar estilos de vida, ou seja, "algo ligado à esfera privada, da responsabilidade dos indivíduos, colocada em termos de escolhas comportamentais", para o controle dos riscos (Castiel, 2004, p. 617).

O autor salienta que a promoção de saúde adota estratégias políticas que podem ser analisadas por duas vertentes, sendo uma conservadora e outra libertária. A primeira vertente visa "direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde", enquanto a segunda vertente "atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação inter setorial, ou ainda, (...) constituir-se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas" (Castiel, 2004, p. 617).

Para Castiel (1999), a idéia de ““promoção de saúde”” (PS) apresenta-se como importante estratégia biopolítica de disseminação das informações sobre o risco com “posturas moralizantes de busca e manutenção de retidão e pureza e de evitação de máculas que corrompam o estado perfeito de saúde” (Castiel, 1999, p. 20). Desse modo a promoção de saúde tem como objetivo interferir nos modos de vida da população, sobre o pressuposto de que é possível decidir qual o futuro que se deseja ter.

Para Roberto Passos Nogueira (2003) o auxílio da epidemiologia e da estatística, legitimando representatividades, faz com que as relações sociais na medicina preventiva sejam “tomadas de forma naturalizada e desprovidas de historicidade, mistificadas que são mediante sua nivelção aos ‘demais’ fatores do ambiente e do hospedeiro” (Nogueira, 2003, p. 178). A popularidade e sucesso da prevenção se devem à medicina promotora, cuja atuação não privilegia o currículo de formação médica. Ao contrário,

[...] a medicina promotora concentra esforços na utilização de infra-estrutura universalizada de produção e difusão de conhecimentos científicos que se estabelece como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mal para a saúde de cada um e para a própria existência humana, fazendo da noção de risco em saúde o epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve. Recolhendo e sistematizando os resultados da incessante investigação epidemiológica em escala internacional, [...] defende e difunde essas normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitores de jornais ou usuários da internet (Nogueira, 2003, pp. 178-179).

A medicina promotora, utilizando-se de canais de comunicação de massa, busca promover e incentivar de forma generalizada, novas atitudes diante da saúde, dispensando inclusive a figura do médico e transformando a pregação de ‘hábitos saudáveis’ em responsabilidade para o indivíduo, afetando diretamente o modo como as pessoas cuidam de seu corpo e de sua saúde.

Para Nogueira (2003), existe uma tendência na pesquisa epidemiológica e também no uso que os médicos fazem dela, em se criar uma base universal de julgamento moral sobre o comportamento humano diante de condutas caracterizadas como de risco, de modo que as condutas tidas moralmente como saudáveis e responsáveis são apontadas como o oposto das condutas de risco.

Assim, nesta intenção moralizadora o risco é constantemente associado à responsabilidade pessoal, gerando não apenas uma relação de causalidade, mas também uma acepção moral, indicando falha de comportamento, potencializando culpa ou até mesmo criminalizando pessoas que querem adoecer; pensamento próximo ao que apontou Caponi (2003) na discussão sobre o “bem estar” como uma categoria de valor.

Almeida Filho (1992) propõe uma reavaliação analítica e a desconstrução de alguns conceitos básicos sobre risco no campo epidemiológico. Esse autor analisou os conceitos de risco e de causa a partir da aproximação com a chamada *epistemologia pós-moderna* de Boaventura Souza Santos (1989), para quem o processo de constituição de um determinado campo científico se dá pela contínua reiteração e reconstrução dos seus conceitos fundamentais através de uma prática teórica e empírica.

Ao propor a desconstrução do conceito de risco, o autor não buscou estabelecer o uso do termo risco como noção no discurso social comum ou como instrumental no discurso tecnológico da clínica, e sim explorar a validade desse conceito nos discursos em que ele se articula, sem definir monopólios de significado na aplicação dos termos.

O conceito de risco é também utilizado como equivalente à expressão “sob risco”. Desse modo, pertencer a um “grupo de risco” tem o mesmo efeito de qualquer sinal clínico na prática propedêutica, ou seja, o fato de um paciente ter certo *estilo de vida* ou determinadas preferências sexuais produz configurações descritivas do estado de “risco” daquele caso clínico, que passam a ser identificadas no mesmo conjunto complexo e homogêneo de sinais, sintomas, códigos e referências que compõem um quadro diagnóstico global. Dessa forma, o autor considera que a diferenciação de conceitos, mesmo que correlacionados, é necessária como forma de se produzir soluções para operar sobre as heterogeneidades, uma vez que:

[...] a questão da prevenção deixa de ser uma problemática coletiva, como na construção do modelo epidemiológico da prevenção dos riscos, e passa a se constituir em um problema individual, trazendo a possibilidade da prevenção dos riscos individuais, intervindo, alterando e evidentemente tratando, em última instância, os traços/marcas/atributos potencialmente fatores de risco para a saúde dos sujeitos singulares (Almeida Filho, 1992, p. 143).

O autor sugere que o homem (pós) moderno tem o conceito de risco como elemento fundante na sua formação subjetiva, na medida em que cada vez mais é definido por probabilidades de ocorrência de eventos vitais de toda ordem, inclusive os eventos da saúde.

Sendo a AIDS uma doença que demanda medidas de saber e poder (requer uma vigilância que envolve toda a sociedade na vida dos sujeitos portadores do vírus HIV e um saber que visa medidas preventivas de aderência às normas como formas para se evitar a propagação da doença), os discursos produzidos sobre ela, ao mesmo tempo buscam alertar sobre a propagação da epidemia, favorecem “formas de se extrair verdade sobre os indivíduos e sua conduta sob a capa da técnica e da qualificação para se falar sobre a doença, controlá-la”, onde o poder “opera separando, filtrando, equacionando, normalizando” (Araujo, 2008, p. 172).

Para Castiel e Diaz (2004, p. 25), os discursos sobre saúde, especificamente os discursos sobre saúde e risco, nunca se referem somente à dimensão da saúde, tornando necessário situá-los historicamente a fim de saber que razões econômicas, políticas e sociais os legitimam, geram, sustentam, replicam a ajustam.

Para não finalizar

Transmitida pelo vírus HIV e inicialmente associada a práticas homossexuais, a epidemia da AIDS se espalhou pelo mundo a partir da década de 80. Seu surgimento representou não apenas a disseminação de um vírus mortal e da doença no espaço social, mas fomentou também o ressurgimento da metáfora da peste, das discussões acerca do normal e do patológico, o recrudescimento das normatizações, a multiplicação das possibilidades da medicina dos corpos e das populações, assim como o surgimento de uma epidemia de informações, que visou e visa acima de tudo o controle e a prevenção da AIDS.

Nesse contexto, o risco de morte e o uso do preservativo e de seringas descartáveis, para se evitar esta morte, transformaram-se nos principais argumentos para se exigir que cada sujeito se mantenha distante do vírus, siga as normas e mantenha a disciplina.

Acerca de risco e saúde pública, é importante repensar também sobre os formatos de poder e governamentalidade que, ao potencializarem o governo de si mesmo, têm como estratégia principal transformar os indivíduos em responsáveis pelos riscos socialmente gerados por suas práticas.

No caso da AIDS, criam-se estratégias e intervenções generalistas, que não levam em conta particularidades culturais, morais, políticas, econômicas, transformando a infecção pelo HIV em responsabilidades individuais e culpas dos sujeitos.

Em relação ao *barebacking sex*, um dos temas mais polêmicos na atualidade em relação à questão da prevenção ao HIV, estudo realizado sobre as discursividades produzidas a respeito dessa prática no contexto brasileiro, mostra que existe uma prevalência em caracterizar o homossexual adepto de *barebacking sex* como um pré-doente.

Nesta prática, considerada de alto risco, a possibilidade de infecção pelo HIV é tida como certa, transformando seus praticantes em pessoas irresponsáveis e/ou criminosas, passíveis de diagnósticos, qualificações e intervenções advindas dos discursos da verdade (De Paula, 2010, p. 145). Veriano Terto Jr. (1999) considera fundamentais os questionamentos acerca da “tendência que temos de julgar o sexo não seguro como negligência e irresponsabilidade e reconhecer a existência dos limites de uma prevenção ‘ao longo de toda vida’ e ‘em todas as relações sexuais’” (Idem, 1999, [online])

Diante do exposto, é possível afirmar que após 30 anos da epidemia de AIDS, o sujeito homossexual permanece como ponto central e de ligação em todas as fases dessa história, ou seja, nas três últimas décadas mudou as realidades em que se operam as práticas sexuais de toda a população, independente da orientação sexual. Entretanto, persistem as dificuldades em se inventar modelos de saúde pública que não estejam pautados no terror, no pânico e na culpa, como ferramentas de *(des)controle*, tornando-se urgente incluir “saberes da antropologia, sociologia e da crítica literária, a fim de reforçar o pensamento interdisciplinar sobre a sexualidade e ampliar a compreensão sobre as diferentes dimensões e fatores culturais, sociais e psicológicos envolvidos” nesta questão (Terto JR, 1999, [online]).

Referências bibliográficas

- Almeida Filho, N. de. (1992). A desconstrução do conceito de risco. *PHYSIS: Revista de saúde Coletiva*, 3 (1): 33-54
- Almeida Filho, N. de (s/d). “O homem dos riscos”. Disponível: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/risc_epid4.html>. Acesso em Janeiro de 2008.
- Antunes, M. C. (2007). Territórios de vulnerabilidade ao HIV; homossexualidades masculinas em São Paulo. Tese. USP. [on line] São Paulo. Disponível: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-15032007-115747/>>. Acesso em Janeiro 2008.
- Araujo, I. de L. (2008). Foucault e a crítica do sujeito. Curitiba, Editora da UFPR.
- Arouca, S. (2003). O dilema preventivista. Contribuição para a crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ayres, José Ricardo C.M. et. AL. (1997). *Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social a epidemia*. Boletim Epidemiológico CRT- DST /AIDS – CVE- Ano XV – nº3 – São Paulo: CRT- DST /AIDS.
- Bagrichevsky, M. Do ‘corpo saudável’ que se (dê)s constitui: imperativo moralizante rumo à saúde persecutória? (2007). Disponível: <<http://www.cbce.org.br/cd/mesas/gtt%201%20ativ%20fis%20e%20saude%20mesa%20redonda%20marcos%20bagrichevsky.pdf>>. Acesso em maio de 2007.
- Bessa, M. S. (1997). Histórias positivas: a literatura (dês) construindo a AIDS. Rio de Janeiro: Record.
- Boletim Pela Vida. (2006), Ano XVI, nº 42. São Paulo.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Documento preliminar em consulta pública de 20/06/2008 a 30/07/2008. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. (2006a). Boletim Epidemiológico- AIDS e DST. Ano III nº01 -01º a 26º semanas epidemiológicas – janeiro a julho de 2006. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Disponível: <http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Dstaids/Boletim_RJ_2008_.pdf>. Acesso em novembro de 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006b) Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico- AIDS e DST. Pesquisa de Conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BF17DC2B>>

[C-C60E-4C6A-96BC-02371A87_0406%7D/PCAP_2004.pdf](#)>. Acesso em novembro de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais: Documento elaborado para subsidiar o debate sobre a Saúde da População GLBTT na Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, apresentando aposição do Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília – DF. Disponível: <<http://oglobo.globo.com/pais/arquivos/GLBTT.pdf>>. Acesso em outubro de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Documento preliminar em consulta pública de 20/06/2008 a 30/07/2008. Brasília/DF. Disponível: <http://200.214.130.94/consultapublica/display/dsp_print_completo.php?d=1648>. Acesso em outubro de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. (1996) Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília/DF, 19 a 21 de março de 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf%20>. Acesso em janeiro de 2009

Butler, J. (2008). Inversões sexuais. In: Isabel C. Friche Passos (Org.). Poder, normalização e violência. Belo Horizonte: Autêntica.

Cáceres, C. (2004). “ A epidemiología, el sida y la sexualidad: las persistentes brechas entre la policía sanitaria y la promoción de la ciudadanía ensalud sexual ”. In: Cáceres, Carlos F. et al. Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el Debate. Lima: U Peruana Cayetano Heredia. Disponível: <www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/abriendoeldebate.pdf >. Acesso em dezembro de 2008

Caponi, S. (2003). “A saúde como abertura ao risco”. In: Dina Czeresnia; Carlos Machado de Freitas. (Org.). *Promoção da Saúde (conceitos, reflexões, tendências)*. p. 55-77. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível...saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Castiel, L. D.; Diaz, Alvarez-Dardet, C. (2004). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Daniel, Herbert. (1994). *Vida antes da Morte*. Rio de Janeiro: ABIA

De Paula Rodrigues, P. S. (2010). Barebacking sex: a roleta russa da AIDS? Sexualidade, sexo e risco na mídia impressa e na internet. Rio de Janeiro: Multifoco Editora.

Foucault, M. (1997). *Historia da Sexualidade: a vontade de saber*, tradução de Maria Thereza da Costa e Jose Augusto Guilhon Albuquerque. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1999 a) Verdade e poder. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1999). *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Editora.

Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade; curso no College de France (1975-1976); tradução Maria Ermantina Galvão*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, Michel. (2006) *A Hermenêutica do sujeito*. Edição estabelecida sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros: tradução Marcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail- 2ª Ed. – São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2007 a) *Historia da Sexualidade II: O uso dos prazeres*, tradução de Maria Thereza da Costa e Jose Augusto Guilhon Albuquerque. 12 Edição. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2007 c) *A ordem do discurso*. Aula inaugural proferida ao assumir a cátedra no Collège de France, em 02 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola.

Gondim, R. et al. (2000). Homo/ bissexualidade masculina: um estudo sobre praticas sexuais desprotegidas em Fortaleza. In: revista Brasileira de Epidemiologia, Vol 3, nº1-3, São Paulo. Abril/Dezembro. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v3n1-3/05.pdf> >. Acesso em abril de 2008.

Macrae, E. (1980). *Identidade sexual e política no Brasil da abertura*. Campinas: Editora Unicamp.

Macklin R. (2003). “Bioética, vulnerabilidade e proteção”. In: Garrafa V, Pessini L, orgs, p. 59-70. *Bioética: Poder e Injustiça*. São Paulo: Loyola

- Miskolci, R. (2008). Estética da existência e pânico moral. In: Margareth Rago, Alfredo Veiga-Neto. Figuras de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica, p. 227-238.
- Mott, L. (2002). "Evolução da ideologia e posicionamento dos homossexuais face à transmissão do HIV/AIDS no Brasil". In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, p. 26-36, Coordenação nacional de DST/AIDS. Programa de Cooperação Técnica Brasil-França: Seminário Anual 2001: Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nogueira Passos, R. (2003). "Da medicina preventiva à medicina promotora". In: Arouca, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão da medicina Preventiva, p. 175-182. São Paulo/ Rio de janeiro: Editora UNESP/Editora Fiocruz.
- Parker, R. (1994). *A construção da sexualidade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/ Relume-Dumará.
- Perlongher, N. (1987). O que é AIDS. São Paulo: Brasiliense
- Pedrosa Filho, F. Xavier R. (2004). *Políticas de prevenção das DST/HIV/AIDS para homossexuais masculinos: a trajetória da construção de uma resposta à epidemia de AIDS*. Dissertação de Mestrado. Centro de Humanidades e Centro de Estudos Sociais Aplicados. Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade. Universidade Estadual do Ceará: Fortaleza.
- Porto Firpo de Souza, M. (2007). *Uma ecologia política dos Riscos: Princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Queiroz, A. (1999). *Foucault: o paradoxo das passagens*. Rido de Janeiro: Pazulin Editora.
- Rofes, E. (1999). Barebacking and the new aids hysteria AIDS: Leaders Defame Gay Men, Misread Data, and Demand a Crisis Mentality. Is It Any Wonder Gay Men Are Tuning Them Out? Disponível: <<http://www.managingdesire.org/sexpanic/rofes499.html>>. Acesso em agosto de 2009.
- Rossi, L. (2002). *Guia de Prevenção das DST/AIDS e Cidadania para Homossexuais*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS
- Seabra Santos, N. J. et ali. (2002). A AIDS no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas de vigilância. In: Revista Brasileira de Epidemiologia, Vol. 5, nº3 São Paulo Dezembro de 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n3/07.pdf>>. Acesso em maio de 2009.
- Saraiva Menesca, J. E. (2002). Prazer do Consumo ou consumo do prazer? In: Revista Mal Estar e Subjetividade. Fortaleza, Vol. II, nº 1, p. 129-10.
- Showalter, E. (1993). *Anarquia Sexual: sexo e cultura no fim de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco
- Santos Souza, B. (1999). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal
- Shernoff, M. (2005). "The Sociology of Barebacking". In: The Gay & Lesbian Review Worldwide, V. XII, No. 1 (pp. 33-35), January- February 2005. Disponível: <<http://www.gaypsychotherapy.com/GLRBarebacking.htm>>. Acesso em Setembro de 2007.
- Sowadsky, R. (2009). *Barebacking in the Gay Community*. June 19, 2009. Disponível: <<http://www.thebody.com/content/whatis/art2276.html>>. Acesso em julho de 2009.
- Sontag, S. (1984). A doença como metáfora. São Paulo: Graal.
- Sontag, S. (1989). AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras.
- Terto Jr., V. (2002). Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. Horiz. Antropol, Porto Alegre, v. 8, n. 17, June 2002. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-71832002000100008&script=sci_arttext>. Acesso em 21 fev. 2009.
- Terto Jr., V. (1999). Polêmica: Questões para um sexo mais seguro. Disponível: <<http://www.pelavidda.org.br/boletim33.html#8>> Acesso em dezembro de 2007.

